SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 5 minutos)

Damos la bienvenida al señor Ministro de Salud Pública y a sus colaboradores. Queremos aclarar que esta reunión fue solicitada por el propio señor Ministro, tal como había sido acordado a fines del año pasado cuando la Comisión analizó el tema que nos ocupa y el señor Ministro se comprometió a informar a la Comisión los resultados de la investigación. Por lo tanto, en honor a la verdad, debemos decir que esta es una iniciativa que surge del propio Ministerio.

SEÑOR MINISTRO.- Efectivamente ha sido así, y hemos tratado de actuar con la mayor rapidez posible. Teníamos el propósito de poder realizar el informe -tal como acordamos en el mes de octubre- mientras el señor Senador Cid estuviera en la Presidencia de la Comisión.

La verdad es que ha sido una investigación administrativa trabajosa y larga; no tenemos conocimiento de otra más larga: a esta altura son doce los biblioratos que se han ido juntando con la información recabada en la Dirección General de la Salud con motivo de esta investigación administrativa.

Recuerden los señores Senadores que antes de que el tema se hiciera público, el Ministerio de Salud Pública había recibido, el 1º de setiembre del año pasado -hago una pequeña recapitulación para recordar las fechas, que es lo que importa- una nota de la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud en la que se denunciaba la contaminación de este niño con VIH. Esa nota fue acompañada por una solicitud suscrita por los padres del menor en el sentido de que se llevara a cabo una investigación de los hechos. Esa nota-denuncia la elevamos inmediatamente, el 5 de setiembre, a la División Servicios de Salud, que dirige el doctor Leonardo Risi, para que se pusiera en marcha el mecanismo. El día 8 de setiembre de 2003 la Dirección General de la Salud dispuso la instrucción de la investigación correspondiente. Recién el 30 de setiembre el tema adquiere estado público a partir de las manifestaciones del señor Presidente de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos, doctor Bagnulo, efectuadas -según consta en la versión taquigráfica- en la sesión que realizara esta Comisión.

Esto es importante porque ocurrió un año y pico antes. La Asociación de Usuarios del Sistema de Salud inició gestiones en su ámbito y sin conocimiento del Ministerio, intentando una mediación entre la familia del niño contagiado y el Instituto de Cardiología Infantil. En el marco de esas gestiones que ellos llevaron a cabo, hoy consta en el expediente -forma parte de él- una respuesta fechada el 8 de agosto de 2003 dirigida a la Asociación antes referida y suscrita por los directores del ICI, los doctores Peluffo y Duhagon, en la cual se formula una oferta económica que tiene como considerando el concepto de contrapropuesta en relación a lo solicitado por la familia y en la esperanza -textualmente- de evitar una instancia judicial que no parece ser un camino adecuado para ninguna de las partes.

En respuesta a dicha propuesta, el 13 de agosto la Asociación de Usuarios remitió una nota en la que estableció que ‘dada la exigüidad de la suma ofrecida, eso nos obliga a solicitar una reconsideración de vuestra oferta’; y además establece que la familia de este niño estaría dispuesta a ceder los derechos emergentes de una acción por responsabilidad civil.

Creo que son antecedentes muy importantes que nos ubican en cómo se fue sustanciando este tema. Nosotros nos enteramos de esto el 1º de setiembre, pero es recién en agosto que se decide pasarlo a la órbita del Ministerio en virtud de la falta de acuerdo entre las partes.

Iniciada la investigación, tuvo los siguientes objetivos: 1) determinar las circunstancias en que fue infectado el menor; 2) cuál fue la vía por la cual el menor resultó infectado con el virus del VIH, y 3) cuáles fueron las razones que determinaron el contagio. Además, determinar la existencia de alguna conducta, hecho, acto u omisión de las instituciones médicas o de los profesionales actuantes que causaron dicho evento.

La investigación fue compleja porque se trataba de hechos ocurridos en el año 2001 y de alta especificidad técnica, por lo que la División, en consulta con quien habla, resolvió en cuanto al procedimiento a seguir, y es lo que se hizo hasta ahora.

Se encomendó la ejecución de la misma al Departamento de Evaluación de Calidad, dirigido por la doctora Marisa Buglioli y, en calidad de técnica, la doctora Gilda Chirigliano; instruir la misma de conformidad con lo dispuesto por el artículo 80 del decreto 500 y, el artículo 16 del decreto 233/84, preservando la confidencialidad de la información que se fuera a manejar -confidencialidad o discreción que hasta el día de hoy manejamos, por lo que no queremos nombrar al niño como, lamentablemente, se lo viene haciendo en la prensa, cosa que no debería ocurrir-; designar un Cuerpo de Peritos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 66 del decreto 500, concretándose la designación de los mismos con fecha 3 de octubre. Es decir que se actuó con la mayor celeridad posible.

A los solos efectos explicativos, la investigación ha tenido dos grandes divisiones o grupos. En primer lugar, la investigación técnico-asistencial basada en conceptos epidemiológicos ocurridos antes. Aclaro que las investigaciones epidemiológicas son muy difíciles de realizar cuando no son efectuadas en el momento en que se descubre el hecho; es tratar de adivinar lo que sucedió anteriormente. Entonces, dado el tiempo transcurrido, la investigación se realizó esencialmente en una forma retrospectiva y con un análisis prácticamente documental, ya que había pasado más de un año. A esta altura creo que debe tenerse en cuenta que de haberse tomado conocimiento en tiempo real de la contaminación de este niño, muy diferente hubiera sido la implementación de la investigación y, seguramente, se hubiera podido arribar a mejores y mayores conclusiones para comprobar o descartar los mecanismos de transmisión de esta infección contraída.

De la documentación compulsada y estudiada surge que fueron realizados, en primer lugar, estudios de transmisión por contacto persona a persona, entre los que se analizó la transmisión vertical madre - hijo, la transmisión horizontal entre eventuales pacientes que estuvieran internados juntos, y la transmisión por algunos de los agentes de salud que estuvieron en contacto con el niño. En

segundo término, se analizaron los estudios de la posible transmisión por vía transfusional, y finalmente, los de la posible transmisión por materiales contaminados, dispositivos, u otros.

El otro gran capítulo de toda esta investigación tiene que ver con los aspectos técnico-administrativos, que son muy importantes. Pero antes de continuar haciendo uso de la palabra, me gustaría que el doctor Risi nos explicara cómo se llevó a cabo esta faz técnico-asistencial de la investigación, quiénes participaron en ella y por qué se buscaron estos mecanismos que, de alguna manera, protegen a las instituciones y a quienes tuvieron que actuar cerca de este niño, y otorgan las máximas garantías.

Por lo expuesto, y si el señor Presidente lo permite, solicitaría al doctor Risi que nos ilustrara un poco mejor sobre toda esa faz técnico-asistencial de la investigación.

SEÑOR RISI.- A modo de síntesis, corresponde señalar que si bien -como decía el señor Ministro- ésta ha sido una investigación larga y compleja en lo técnico, debe quedar claro a los señores Senadores que para ello hemos contado con la participación y la disposición de todas las autoridades, instituciones y técnicos, cuya colaboración facilitó nuestra tarea. Por lo tanto, corresponde consignar que no tuvimos entorpecimientos administrativos en la interna de la Secretaría de Estado, ni en las instituciones intervinientes.

Dicho eso, intentaré referirme a las líneas de trabajo que se dispusieron desde el punto de vista técnico, así como a cuál fue el motivo por el que se solicitó la actuación de peritos. En la medida en que se trataba de una investigación que tenía cinco canales de trabajo, en lo técnico-asistencial resultaba imprescindible contar con especialistas y peritos que, además de su idoneidad profesional, tuvieran la idoneidad ética de excusarse. Así fue que todos ellos fueron consultados respecto de si tenían alguna vinculación con los Centros y, por ende, si contaban con la independencia técnica, profesional y ética necesaria. Ello se consignó y fue parte de lo que nos reclamó el señor Ministro para llevar adelante este trabajo.

Como decía anteriormente, se dispusieron cinco canales de trabajo: el de la medicina transfusional; el del peritaje pediátrico, con todo lo que significa esta especialidad, dada la edad del niño; el de la investigación epidemiológica específica, que nos daría el marco conceptual y programático acerca de cómo diseñar esta investigación; el relativo al área de la infectología y, finalmente, el canal sobre todo lo que significan los procesos asistenciales, sanatoriales, no médicos, esto es, todos los procesos que van desde la adquisición, reutilización, enfermería, protocolos y pautas de trabajo del personal técnico, no médico, que en este caso, adquirían especial relevancia.

También contamos con un sector administrativo de soporte de esta investigación, con el fin de compulsar, estudiar, relevar y dar el apoyo documental a cada uno de los canales de trabajo, lo que implicó que una buena parte de los funcionarios de la División fueran específicamente asignados a ese trabajo durante este tiempo.

Ambos criterios técnicos de trabajo -es decir, el administrativo de soporte y el específicamente pericial- los podemos dividir, en cuanto al estudio de la transmisión, en tres esferas: la de la transmisión vertical, la de la medicina transfusional y la de lo técnico - asistencial.

Como saben los señores Senadores, para realizar muchos de los estudios epidemiológicos e infectológicos al personal de salud, a fin de chequear su situación de indemnidad infecciosa en lo que respecta al virus del SIDA, debimos contar primero con su aceptación, pues todos conocemos las connotaciones sociales que esto tiene; pero pudimos relevar la totalidad del personal de los centros involucrados y afirmar la indemnidad por contacto persona a persona. Asimismo, volvimos a constatar la línea directa materna, revalorando los aspectos de la madre de modo de descartar la transmisión madre - hijo. También se llevaron a cabo los estudios correspondientes a familiares y personal intrahospitalario que compartió con el niño momentos de su internación en los dos centros asistenciales.

En lo que tiene que ver con el tema transfusional, debemos decir que se realizó la verificación del cumplimiento de todas las normas del proceso de transfusión. A su vez, se hizo la verificación de todas la pruebas de VIH y los rastreos administrativos y técnicos, repitiéndose los estudios en las unidades de sangre, con lo que se reestudió la totalidad de los donantes.

Finalmente, en el canal de trabajo de los sectores asistenciales, fueron estudiados todos los centros de esterilizaciones vinculados a los insumos, todos los protocolos de utilización de aquellos materiales que estuvieron en contacto con el niño y todas las pautas de fraccionamiento de drogas y de administración de insumos de los centros asistenciales. Tal como lo dijo el señor Ministro, estos sectores se vigilaron sobre la base de documentos y también se realizaron visitas al área específica a fin de comprobar la ejecución de los protocolos de trabajo de enfermería y fraccionamiento en los distintos centros. Dichas visitas no fueron regladas y permitieron constatar, con el paso del tiempo, una costumbre que fue confrontada con los protocolos de trabajo que teníamos en el plano teórico.

En síntesis, esto es cuanto refiere a la metodología de trabajo y las líneas con las que contamos.

Como manifesté, se realizaron inspecciones en todos los centros involucrados, esto es, en el Sanatorio Mautone, en el Instituto de Cardiología Infantil, en el Hospital Italiano, en los Bancos de Sangre de dicho Hospital como así también en el del Sistema Nacional de Sangre del Ministerio de Salud Pública, y en el Laboratorio de Higiene Pública, donde se compulsó todo el material que forma parte de las cerca de tres mil fojas que componen esta investigación.

SEÑOR MINISTRO.- Si se me permite, querría decir que, tal cual surge del informe final de ese Departamento de evaluación de calidad y de quienes tenían asignada esta investigación, la misma no puede precisar en qué momento y en qué circunstancias este niño sufrió la infección de VIH SIDA. Para nosotros está descartada la vía transfusional, así como también la infección persona a persona, pero no podemos saber cómo fue que este niño se contagió. Muy otro podría ser el resultado si hubiéramos podido iniciar a tiempo esta investigación con la metodología que ha descrito el doctor Risi.

Desde el punto de vista administrativo -que tiene interés por lo que acabo de decir- se analizaron las actuaciones de los distintos servicios públicos y privados y de los profesionales actuantes, siempre en el marco de la normativa que está vigente. Así que se recabó información escrita al ICI -Instituto de Cardiología Infantil- al Sanatorio Mautone, al Hospital Italiano, al Servicio Nacional de Sangre, al Programa Nacional de SIDA, al Laboratorio de Higiene Pública, al sector Registros del Ministerio de Salud Pública y al

Departamento de Tecnología Médica de dicho Ministerio. Además, se realizaron inspecciones, que fueron dirigidas por la División Servicios de Salud, al Servicio Nacional de Sangre, al ICI, al Departamento de Hemoterapia y al Centro de Esterilización de Materiales del Hospital Italiano y a todo el Sanatorio Mautone.

En estos aspectos administrativos vamos a ir mencionando cada una de estas instituciones en donde se actuó. Primero, tenemos al Programa Nacional de SIDA, que recibió un registro de los casos confirmados por el laboratorio de Salud Pública mediante la forma de un autogenerado. Es decir que llegó un autogenerado a manos del Programa con fecha de nacimiento e iniciales del nombre del niño, así como también incluía el servicio de salud del cual provenía. Esto fue demostrado en las fojas 236 a 239 y esa información no generó acciones concretas de investigación epidemiológica en este caso investigado.

Aquí se plantea algo de lo que creo que ya había hablado alguna vez con ustedes; me refiero a lo confuso de las comunicaciones y las notificaciones. Para la Directora del Programa Nacional de SIDA, doctora Margarita Serra, esa comunicación con autogenerado es una de las tantas que le llegan y que ella usa con valor estadístico, pero no la considera una "notificación" -entre comillas-; no hay pedido de investigación, ni ella la realiza. Creo haber explicado que el Laboratorio de Higiene Pública -que es el único que puede certificar que un SIDA es positivo- es el que hace y al que le llegan los pedidos; y cuando encuentra un positivo, todo esto de la confidencialidad con que deben manejarse estos casos hace que envíe un simple comunicado con un autogenerado en el que aparece un positivo. Pero no necesariamente esos positivos generan una actuación epidemiológica inmediata porque la enorme mayoría de las veces se trata de adultos que contraen la enfermedad como sucede en el 98% de las veces: por vía sexual o por inyectables, o sea, en general, drogadictos.

Entonces llega este autogenerado que no provocó en el Programa Nacional de SIDA ninguna acción. La doctora Serra considera que era lo que ella venía haciendo, lo que la costumbre traía. Una vez más se comprueban las fallas que en vigilancia epidemiológica tenía en su estructura el propio Ministerio.

El Laboratorio de Salud Pública hizo lo que tenía que hacer. Realizó los estudios confirmatorios en tiempo y en forma y actuó como centro de referencia perfectamente; registró el caso positivo con el procedimiento habitual y lo envió al Programa Nacional de SIDA. A su vez, remitió al servicio solicitante del hospital -creo que el que había hecho inicialmente la solicitud al laboratorio central fue el Mautone- el resultado confirmatorio positivo de VIH. ¿Cómo se entera de esto el Servicio Nacional de Sangre? Se entera directa y simultáneamente con el Laboratorio de Salud Pública porque la Asociación de Usuarios le trasmite directamente a su Director la posibilidad del contagio por vía sanguínea. Entonces el Servicio Nacional de Sangre realizó los estudios técnicos y convocó y estudió a todos los donantes de sangre o componentes involucrados en las transfusiones que se le realizaron a este niño. Los estudió a todos y los volvió a estudiar a los seis meses a fin de poder descartarlos, pero ninguno de ellos era portador. Y desde el punto de vista administrativo, el Servicio Nacional de Sangre llevó adelante una investigación.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿En qué momento la Asociación de Usuarios comunica al Servicio de Transfusiones que había un caso de VIH? ¿Cómo llega a la Asociación de Usuarios la notificación y no se dispara un procedimiento interno dentro de la propia Salud Pública?

SEÑOR RISSI.- Señor Presidente: las observaciones que hacemos son sobre bases documentales, de modo que lo que tenemos registrado es que el 14 de junio de 2002 la Asociación de Usuarios cursa una nota al Director del Banco de Sangre informándole del caso que estamos analizando.

El 1º de octubre de 2002 existe una comunicación del Banco de Sangre que da por terminada su investigación y que en suma dice que de la investigación realizada se concluye que no se comprobó que la infección VIH del niño, de iniciales JCC, sea atribuible a la vía transfusional.

Con relación a la pregunta que hacía el señor Presidente, resulta claro que existió una comunicación. Podrá cuestionarse -o no- si es el medio idóneo de comunicación, pero por lo menos era el que la práctica y la norma disponían. Debemos recordar que esta investigación se analiza en el marco de la estructura vigente en el Ministerio de Salud Pública hasta el 4 de febrero de 2002, fecha a partir de la cual la estructura, las dependencias y, por ende, las funciones de cada uno de los servicios cambia.

A efectos de los flujos administrativos, hemos analizado las dependencias, responsabilidades y delegaciones en el marco de la estructura vigente hasta el 4 de febrero de 2002. Resulta claro que el Programa Nacional de SIDA recibió información -que era la que en ese momento la administración tenía como tal- que le permitió realizar un proceso de identificación y, en realidad, debieron realizarse acciones que en la fase de vigilancia epidemiológica no se hicieron.

SEÑOR ESTOL.- Quiero complementar lo que decían el doctor Risi y el señor Ministro. El concepto de notificación es cuando la persona -es decir, el técnico de referencia- envía la muestra al laboratorio central, se hacen los estudios confirmatorios y lo devuelve al técnico involucrado. La responsabilidad de la notificación empieza una vez que el técnico involucrado tiene el estudio confirmatorio y lo comunica al usuario. La vía accesoria que mencionaba el doctor Risi y el señor Ministro se refiere a que mensualmente al laboratorio central y al Servicio Nacional de Sangre van técnicos del Programa Nacional de SIDA a recoger información para sus fines estadísticos.

Hay vacíos que después, si el señor Ministro me autoriza, voy a aclarar porque quiero referirme a cómo estamos encarando el tema a partir de un nuevo decreto puesto en vigencia en el día de hoy en el país sobre notificación de enfermedades. Es aquí donde vienen las grandes confusiones y tal como señalaba el doctor Risi, todas las notificaciones sobre el SIDA, desde que comienza la epidemia en el país, eran al Programa Nacional de SIDA; vigilancia epidemiológica no tenía parte en ese asunto. Esto fue producto de la situación de una nueva enfermedad -en cuanto a que se decreta que era de notificación obligatoria- pero el uso y la costumbre más que un decreto habilitante hizo que todas las notificaciones se hicieran al Programa Nacional de SIDA. Está claro que me refiero a la notificación de los confirmatorios. Hay un formulario específico que todos los Centros del país lo manejan, de manera que cada vez que tienen un estudio confirmatorio lo deben mandar al Programa Nacional de SIDA. Esto es lo que confirma y notifica la enfermedad.

Con respecto a la otra vía que era con fines estadísticos, si en realidad, uno analizara puntillosamente toda la información y la comparara, podríamos preguntarnos por qué esto no disparó el mecanismo. Este tema lo estamos analizando en la interna del Ministerio de Salud Pública. No obstante, quiero aclarar que la notificación es la confirmación y por el aspecto de confidencialidad

que marcan las leyes uruguayas, es un tema personal de relación médico-paciente. Como médico institucional estoy acostumbrado a notificar este tipo de enfermedades: uno notifica a la persona involucrada que es un positivo confirmado e inmediatamente, uno mismo hace la notificación o la dirección técnica a la institución involucrada.

Fue allí que surgieron todas las confusiones que todos vimos por la prensa en cuanto a quién le correspondía. Luego el señor Ministro a fin de aclarar la situación, citó un marco aclaratorio y una nueva disposición para dejar establecido ese mecanismo. Sin ánimo de atenuar o justificar determinadas situaciones, creo que el fuerte de la vigilancia es la notificación formal: "Este estudio es positivo, lo tengo, y tiene que ir por la vía correspondiente".

SEÑOR MINISTRO.- **El SIDA es la única enfermedad de transmisión sexual cuya notificación tiene que ser hecha sólo cuando está confirmada, pero no ante sospecha, como las demás enfermedades transmisibles. Esa era la reglamentación hasta ese momento**.

SEÑORA XAVIER.- Más allá de que hoy ustedes reiteran lo mismo que en la anterior oportunidad respecto a las dificultades que existían en la manera de recabar la información, y de que el Ministerio se abocó inmediatamente a tratar de dejar esos caminos más fluidos para evitar este tipo de situaciones, hay dos cosas que no logro comprender. Una de ellas apunta al hecho de cómo, más allá de un autogenerado y de que se tenía la fecha de nacimiento -se trataba de un niño pequeño- no se generó una alarma en el programa. Debemos tener en cuenta que se trata de una enfermedad que sabemos las implicancias que tiene y los tratamientos que requiere. No se trata de que un adulto importe menos que un niño, pero en este último caso puede haber otro tipo de consecuencias aún más complejas que en el adulto. Entonces me pregunto cómo puede ser que, si desde el año 2002 el Banco de Sangre descarta la vía transfusional, en el 2003 se plantea por parte de diversas autoridades que esa es una posibilidad.

Por otra parte, aquí hubo una investigación que ustedes informaban que en octubre de 2002, concluye que la vía transfusional no ha sido la responsable.

En consecuencia, el caso es muy complejo y no cabe duda de que a todos nos preocupa mucho. De todas formas quisiera saber si hay posibilidad de aclarar un poco este punto para poder comprender el resto.

SEÑOR MINISTRO.- Comprendo que es difícil seguir esta exposición pero efectivamente es así.

El Programa Nacional de SIDA no generó acciones concretas a pesar de tener el autogenerado que llegó en el momento en que el laboratorio determinó el positivo franco y cierto de este niño. Ese es un hecho que consta en la investigación administrativa y que no lo sabíamos de antes. Vamos a ver qué es lo que estamos haciendo frente a ese hecho. De todos modos antes de decirle lo que personalmente hemos pensado hacer, voy relatándole el papel de cada uno de los que intervinieron.

Ya vimos que el Laboratorio de Higiene Pública actuó como debía. El Servicio Nacional de Sangre que estaba en eso y que el 31 de octubre de 2002 descartó el aspecto transfusional como vía de transmisión, envió su investigación a ASSE, de la cual depende. A su vez, a ASSE le llega un expediente donde consta que se investigó esto, que dio negativo y que en el laboratorio no había existido inconveniente con ese problema. Entonces, ASSE archivó el expediente.

Por otra parte, no es ASSE quien comunica al Programa Nacional de SIDA, a Vigilancia Epidemiológica o a Salud de la Población o a alguien de la Dirección General de la Salud, para que investigue este caso de SIDA, sino que deben hacerlo los técnicos actuantes o directamente el Laboratorio Central o los Directores Técnicos de la institución pública o privada donde ocurre el caso. Es el Director del Hospital quien dirá: "Tenemos un SIDA; comuniquémoslo al Programa para que se investigue", pero aquí no hubo eso. El Servicio Nacional de Sangre hizo la investigación a pedido de ADUS , pero la nota enviada a ASSE se archivó. Así funcionaba el asunto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Simplemente una precisión. Aquí no se hizo eso y, entonces, quiere decir que no hubo denuncia de los Directores Técnicos del Sanatorio Mautone a Vigilancia Epidemiológica.

SEÑOR MINISTRO.- Así es, no la hubo.

A su vez el Banco Nacional de Sangre informó a ADUS -que era quien había solicitado la investigación de la posible transmisión por vía sanguinea- de lo actuado, que era negativo y elevó los antecedentes a ASSE que archiva el tema.

De toda esta investigación no surgen acciones de coordinación con el Programa Nacional de SIDA o con otros sectores o estructuras de la Dirección General de la Salud como pueden ser la División Salud de la Población o Epidemiología, que mencioné anteriormente. Estos son factores que muestran cómo funcionaba la cosa en aquél momento.

Con respecto al Sanatorio Mautone y al ICI podemos decir que ni estas instituciones ni sus directores técnicos, personal de salud, jefes de laboratorio o técnicos de laboratorio, hicieron las comunicaciones que marca la normativa vigente al Ministerio de Salud Pública. El Sanatorio Mautone y el Hospital Italiano no contaban con un informe de vigilancia epidemiológica de infecciones hospitalarias en forma actualizada. Esto lo comprobamos a través de las investigaciones, visitas y peritajes que se realizaron a ambas Instituciones. Los servicios privados antes mencionados omitieron la notificación obligatoria del caso, dispuesta en el Código Nacional de Enfermedades de Declaración Obligatoria y en el decreto Nº 146/84 que establece la penalización por no notificar este tipo de enfermedades trasmisibles.

Frente a estos hechos, la Dirección General de la Salud, a través de su director general, el doctor Estol, me eleva una serie de recomendaciones que vale la pena leer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de que el señor Ministro continúe con su exposición, quiero realizar el siguiente planteo. Personalmente, entendí que los solicitantes de la certificación del VIH en el niño fueron los médicos del Sanatorio Mautone. Si es así, ¿por qué el ICI estuvo enterado de este caso de infección si el paciente ya había egresado y estaba en el departamento de Maldonado? Entonces, ¿cómo puede ser que el ICI tenga responsabilidad sobre la notificación obligatoria si, aparentemente -esto surge del relato- podría no estar enterado de la infección?

SEÑOR MINISTRO.- Sí estaba enterado. En este sentido, voy a solicitar al doctor Risi que aclare ese punto.

SEÑOR RISI.- Hay que tener en cuenta el siguiente elemento. Entre la primera y la segunda internación, el niño presenta un cuadro clínico que justifica la reiteración de los exámenes. Es allí que el examen da positivo. Quiere decir que el pediatra cardiólogo tratante del Instituto de Cardiología Infantil continúa asistiendo al niño entre el primer y el segundo cateterismo y toma conocimiento del examen que se le realizó.

SEÑOR RIESGO.- Obviamente, se trata de un tema bastante complejo. Al respecto quisiera realizar las siguientes preguntas: ¿en qué fecha se internó el niño? ¿Cuándo cambió de sanatorio? Y,¿en qué momento se descubrió que el niño era portador de Sida?

SEÑOR RISI.- El niño nació el 6/9/01 y el 10/9/01 -es decir a los cuatro días- ingresa al ICI y se le realiza el primer cateterismo.

El día 17 del mismo mes se opera, realizándose la corrección de la malformación cardíaca. Egresa el día 19 de noviembre. En el medio de ese proceso se efectúa una segunda cirugía, el 30 de octubre. El positivo se confirma el 11 de marzo de 2002.

SEÑOR MINISTRO.- Continúo citando las recomendaciones que se realizan frente a estos hechos que se van encontrando en el Programa Nacional de SIDA y en las responsabilidades de los directores técnicos del Hospital Italiano, del ICI y del Mautone. Aclaro que las recomendaciones que menciono a continuación son elevadas a mi persona por la Dirección Nacional del Servicio de Salud.

Tomando como base los resultados de la investigación que surgen del expediente respectivo y que se señalan en el numeral anterior, a juicio de esta División existen, en lo administrativo y operativo, aspectos que deberían corregirse en aras de un ejercicio más eficiente del contralor a cargo de este Ministerio. Aspectos tales como la coordinación entre las distintas áreas, canales de comunicación, manejo de la información y procesamiento de ésta, presentan notorias fallas que deberían corregirse si se apunta a la eficiencia y eficacia en la actividad de contralor que corresponde. Se advierte, en particular, la falta de coordinación entre el Programa Nacional de SIDA, la División Salud de la Población y el Departamento de Epidemiología, coordinación que esta investigación y los hechos ocurridos dejan en claro que es esencial si se pretende ejercer una función que se extienda más allá de lo estadístico.

Asimismo, surge de la investigación que funcionarios de esta Secretaría de Estado recibieron información, en forma adecuada o no, a partir de la cual se debería haber desarrollado una actuación que no pudo no haberse cumplido en la forma necesaria. Esto deja en evidencia que los sistemas de registro e información no cumplen la función para la que fueron creados. En la medida en que tal información, en la forma en que se lleva, no permita advertir a quienes la manejan situaciones en las que deben actuar, la misma deriva en meros datos con utilidad en el área estadística, pero inoperantes en lo que hace a la vigilancia epidemiológica del VIH sida.

En lo que refiere a la actuación de las entidades privadas y técnicos actuantes que tuvieron intervención en el proceso que nos ocupa, la investigación deja en claro que la misma no resultó ajustada a la normativa vigente. Así, tanto las instituciones como su personal técnico omitieron comunicaciones y notificaciones obligatorias.

Es en base a estos aspectos que nos permitimos formular las recomendaciones siguientes: 1º Remitir las presentes actuaciones a la División Jurídico-Notarial, a los efectos de una ampliación de la investigación en lo relacionado a los funcionarios públicos involucrados en el proceso y que hubieran incumplido sus obligaciones funcionales. La investigación debería alcanzar al Programa Nacional de SIDA y al Departamento de Epidemiología, resultando necesario deslindar las responsabilidades funcionales acordes a la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública vigente a la fecha de producido el evento.

2º Observar al Instituto de Cardiología Infantil, en virtud de que el equipo de esterilización de materiales por óxido de etileno no cumple con las condiciones reglamentarias de habilitación.

3º Intimar al Hospital Italiano y al Sanatorio Mautone en relación a adecuar pautas en el Centro de Esterilización de Materiales.

4º Elevar a consideración de la Comisión Honoraria de Salud Pública las actuaciones en lo pertinente, a fin de analizar las responsabilidades profesionales y la eventual aplicación del procedimiento disciplinario respecto de los Directores técnicos del Sanatorio Mautone y del Instituto de Cardiología Infantil.

5º) Analizar las debilidades constatadas en la normativa vigente, con el fin de establecer con claridad los mecanismos, forma, plazos y responsables de la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria.

6º) Asignar procedimientos de buena gestión administrativa respecto de la interrelación de los distintos servicios del Ministerio de Salud Pública, en lo que hace a la vigilancia epidemiológica que a propósito de este caso desnudan las inconsistencias administrativas.

7º) Valorar la realización de las acciones de hemovigilancia a través del Servicio Nacional de Sangre, que se proponen a fojas 477."

Como se puede apreciar, se trata de una serie de recomendaciones que eleva este grupo de peritos y la Dirección de Servicios de Salud.

Por lo tanto, vale la pena hacer un alto en la consideración de este asunto para aclarar que hemos seguido personalmente la marcha de este expediente y de esta investigación y vimos las falencias que existían. En consecuencia, desde hace algunos meses comenzamos a elaborar una posible normativa para poder contar con ella cuanto antes. Hicimos esto para no tener que esperar a la finalización del expediente para recién empezar a analizar cómo corregir estas situaciones que derivan de casos ya ocurridos. De este modo, solicito al doctor Estol que nos diga desde cuándo se está trabajando.

Agrego, además, que hemos elaborado una nueva reglamentación completa de vigilancia epidemiológica que ya ha recorrido todos los Ministerios, fue firmada por todos los Ministros y, antes de dirigirnos a esta Comisión, fue firmada por el señor Presidente de la República.

Por lo tanto, dicha normativa está en vigencia desde el día de hoy y cambia radicalmente la forma de notificación y las obligaciones. También destaco que la misma es clara, sencilla y aplicable. Para que tengan una idea, deseo mostrarles uno de los formularios que ya presentó el doctor Estol, con el fin de que puedan observar cómo se manejaba este tema, por razones de costumbre.

Anteriormente, cuando había que hacer una notificación de enfermedades transmisibles, había que llenar un formulario simple de los dos lados, con una gran cantidad de casilleros y en el que al final decía: "Esta ficha nacional para estudios de poblaciones deberá ser enviada una vez completada, al Programa Nacional de Sida, en Blanes 1334..." Con respecto a esto, debo decir que hace cinco años dicho Programa ya no funciona allí y el teléfono que figura en el formulario tampoco existe más.

Me gustaría ceder la palabra al doctor Estol para que analicemos, a grandes rasgos, un decreto -que es el que acaba de ser aprobado- muy complejo y largo que menciona, una por una, todas las enfermedades transmisibles, de la A a la Z, y cómo debe actuarse frente a cada una de ellas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si me permiten, antes de pasar a considerar los correctivos de la situación, quisiera hacer una pregunta sobre las recomendaciones que elevó la Comisión, vinculada con una observación que propone el Instituto de Cardiología Infantil, relativa a la esterilización por gas. Me pareció escuchar algo vinculado con la falta de habilitación, pero entiendo que también hay algo referido a la actualización de las pautas. Creo que este es un tema relevante, porque al no haberse aclarado cuál fue el mecanismo de infección del niño, me interesaría saber qué sucede con las pautas de esterilización y si allí hubo alguna falencia que abra una sospecha respecto de este caso.

SEÑOR RIESGO.- Quisiera hacer dos preguntas. Por lógica, pienso que las pautas serán tanto para el ICI como para el Sanatorio Mautone.

SEÑOR MINISTRO.- Son idénticas.

SEÑOR RIESGO.- También quisiera saber si el período de contagio, es decir, el período "ventana" en que se detecta el SIDA tiene un mínimo y un máximo y si el mismo varía entre un bebé y un adulto.

SEÑOR MINISTRO.- Pediría que comenzara a contestar las preguntas el doctor Risi. Tanto el tema de las pautas, como el hecho de que el equipo de esterilización de materiales del ICI no cumple con las condiciones reglamentarias de habilitación está desarrollado en este largo expediente.

SEÑOR RISI.- Como bien decía el señor Presidente, este informe pretende ser compacto, didáctico, concreto y objetivo. Es cierto que debería ajustar esa pregunta que usted formula. Con total tranquilidad, porque figura en el expediente, puedo decir que ninguna de estas observaciones en el proceso del manejo de materiales tiene relación con el contagio. Esto es absolutamente claro, contundente y está totalmente protocolizado en los estudios. Como creo que dijimos en su momento, entendemos que estos procesos llevan a que todos mejoremos -el Ministerio y cada una de nuestras divisiones- siendo educativos quienes nos debemos a los usuarios. Hay algunos aspectos respecto a la reglamentación de la habilitación del Centro de Esterilizaciones que no se cumplen y que si bien no hacen al resultado técnico y operativo del proceso, nos vemos en la obligación de advertirles por cuanto, como dije, no se cumplen. Me refiero al Instituto de Cardiología Infantil, que es el numeral II de las recomendaciones que le elevamos al señor Ministro.

Con respecto al Hospital Italiano y al Sanatorio Mautone, los procesos de esterilización de materiales en cuanto a la adecuación de pautas son procesos que no han sido "aggiornados" y, por lo tanto, el Ministerio hace una recomendación muy larga en relación con las pautas. No son pautas registrales y puntuales que hacen al proceso de esterilización en relación con el ingreso y egreso de materiales y con el manejo de lo contaminado y lo limpio, pero estamos aconsejando y recomendando modificar dichas pautas.

Respecto del proceso de vigilancia epidemiológica de los Comités de Infecciones de esos centros, también quisiera agregar que para nosotros es una pauta de enorme jerarquía. El indicador de infecciones en un centro hospitalario tiene directa relación con la calidad de la asistencia e, indirectamente, desnuda o fortalece todo el proceso asistencial que va desde la higiene hasta el manejo de heridas. En ese proceso, los resultados se ven en un solo indicador.

SEÑORA POU.- Antes de seguir adelante, quisiera hacer una pregunta. Supongo que estos hechos desgraciados sirven para poner la casa en orden y hemos visto que ha habido un "aggiornamento" provocado por este episodio. Quisiera saber si la normativa con respecto a la esterilización y fiscalización se cumple en todos los hospitales públicos y si es algo de rutina que se hace para conocer el estado de todo el material ¿Ha habido un seguimiento en el resto de los hospitales públicos?

SEÑOR MINISTRO.- Sí, efectivamente. No sé cómo se realizaban los controles antes; realmente, no podría contestar esa pregunta, pero sí sé como se hacen ahora. Además, la División de Servicios de Salud controla tanto lo público como lo privado y esa es una preocupación permanente.

Esto no quiere decir que no existan falencias o que no podamos ir descubriéndolas, tal como ha sucedido -antes de este acontecimiento y que ya se han corregido- tanto en el sector público como privado. Hay costumbres que a veces son difíciles de erradicar. Pero, de todos modos, se están efectuando controles y se es exactamente igual de exigente en ambos casos.

SEÑOR RISI.- Si me permiten, deseo aclarar la preocupación de la señora Senadora Pou.

Pienso que si algo nos dejó de bueno el conflicto de Salud Pública fue que la División tuvo que hacer la vigilancia de los resultados en el momento de las ocupaciones. Durante ese período, se llevó a cabo la vigilancia -además de la que se efectúa oportunamente- y el relevamiento de todos los procesos técnicos que comúnmente se realizan, incluso, en forma ampliada.

SEÑOR ESTOL.- Desearía hacer una pequeña aclaración a la señora Senadora Pou y al señor Senador Riesgo.

A propósito de las exigencias en Salud Pública, hay solicitudes de habilitación de áreas de estructuras de hospitales públicos que aún se encuentran en "stand by" porque no cumplen los requisitos necesarios a efectos de cumplir determinados procedimientos en el Fondo Nacional de Recursos.

En cuanto al período ventana, cabe señalar que, promedialmente, se ubica en seis meses, aunque puede abarcar un tiempo mayor o menor. De todos modos, lo que sí resulta claro en el procedimiento que se siguió en la investigación, es que se realizaron verificaciones muy por encima de la fecha del período ventana con un reestudio de todas las muestras, luego de transcurrir no solamente una vez y medio el período ventana, sino luego de más de un año. Esto significa que hubo seguimientos que se

inscriben entre las recomendaciones que el Servicio de Salud está planteando en este momento, es decir, continuar monitoreando con el Departamento de Hemovigilancia a algunas de esas personas, a efectos de ver qué ocurre en el futuro, como una medida extrema cautelar. Por ello, se siguió la historia -desde el punto de vista de la serología- de aquellas personas que recibieron hemocomponentes y que también estaban asociadas a este niño.

SEÑOR MINISTRO.- Si el señor Presidente está de acuerdo, le solicitaría al doctor Estol que brindara más detalles sobre este Decreto que ahora comienza a regir, a efectos de tener claro de qué manera cambia esa situación. En virtud de lo extenso de dicho Decreto, le pediría que fuera lo más conciso posible.

Por último, aclaro que trajimos una copia de este Decreto para entregar a esta Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el doctor Estol.

SEÑOR ESTOL.- Como bien decían el señor Ministro y el doctor Risi, creo que, en definitiva, el Estado -concretamente, el Ministerio de Salud Pública- hizo un gran esfuerzo en la actualización de normas y procedimientos. Sin embargo, en algunas ocasiones ha errado en el concepto de que hay cierta información que debe estar centralizada. Todos los mecanismos anteriores -como ser, manuales de vigilancia epidemiológica del año 1988- estaban basados en la idea de que había determinadas patologías que debían derivarse al departamento de Vigilancia Epidemiológica, en tanto otras tenían que destinarse a los programas involucrados. Por ejemplo, el SIDA, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis, la hidatidosis y la lepra, entre otras, no se derivaban a Vigilancia Epidemiológica, sino a cada programa específico. Esto inducía a confusión, a tal punto, que el cuerpo médico nacional, las instituciones y otros órganos que tienen la obligación de notificar, preguntaban dónde tenían que hacerlo. Incluso, creo que si hablamos personalmente sobre este tema con algunos médicos, también nos preguntarán cuál es la vía que se debe utilizar y a qué oficina se debe enviar.

El año pasado -antes de que ocurriera este episodio- estábamos trabajando en la centralización de la vigilancia epidemiológica. Este tema nos llevó a advertir que el Código Nacional de enfermedades de notificación obligatoria data del año 1961. El mundo, las enfermedades, la patología en general y la actitud de respuesta, evidentemente, han cambiado. Tenemos muchas enfermedades reemergentes y emergentes y la actitud que debemos tener hoy en día para actuar desde el punto de vista epidemiológico debe ser mucho más rápida. Partimos de la base de que es necesario centralizar la vigilancia epidemiológica y concluimos en que todas las notificaciones deben llegar ahí. A tales efectos, un equipo técnico comenzó a trabajar en la actualización del Código Nacional sobre enfermedades de eventos sanitarios.

Este Código Nacional fue validado por técnicos internacionales de la OMS y de la OPS y, además, se realizó una actualización de todas las enfermedades y se incluyen elementos novedosos que creo modernizan el país, en lo que tiene que ver con la definición de eventos que afectan la salud. Ello implica que dentro de los elementos de notificación obligatoria se incluyan los temas medioambientales y los vinculados a los aspectos nutricionales, poblacionales. De esa forma, se termina con el hecho de que, en definitiva, los temas se manejan a nivel de la prensa. Inclusive, con pautas nacionales que ya se dieron en todo el país, esos elementos nutricionales que involucran, a veces, a recién nacidos o niños pequeños, son de notificación obligatoria.

Entonces, aparece un decreto que establece claramente un único teléfono, un único lugar y un único equipo técnico, que tiene guardia permanente, con técnicos que validan y evalúan cada evento que ocurre. Por otro lado, se van procesando los datos de manera actualizada, con lo que podemos tener información de la situación de salud de la población en una forma mucho más rápida.

Se trata de un Decreto muy extenso y luego haremos llegar a los señores Senadores la emisión nueva que vamos a realizar, que consiste en un librillo para repartirlo en todo el país, a los efectos de comenzar con el tema de la educación en todo el territorio nacional. De todos modos, quiero señalar que establece claramente aspectos que era importante determinar. En primer lugar, se fija un único lugar de notificación. En segundo término, se establece dónde están las responsabilidades y quién tiene la responsabilidad de la notificación, dejando claro que son médicos y médicos veterinarios en el ejercicio libre de su profesión, directores técnicos de hospitales o instituciones de asistencia pública, otros técnicos de la salud y los directores técnicos de los laboratorios de análisis y bancos de sangre. Es decir que ellos, cuando determinan un confirmatorio positivo, lo deben informar a vigilancia epidemiológica. Asimismo, se incluyen otras personas -por eso involucra a una cantidad de Ministerios- que son directores de escuelas y liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados, mando, establecimiento y dependencia de las Fuerzas Armadas, Capitanes de buques y aeronaves, con todas las enfermedades reemergentes. Inclusive, cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda implicar riesgo a la salud, va a tener un ámbito donde lo puede denunciar y actuar.

Por otra parte, se establecen los plazos para la declaración, por lo que las enfermedades deben ser notificadas en 24 horas. El SIDA es la única enfermedad que solamente se notifica cuando está confirmada. Ustedes saben lo que implica a nivel de los bancos de sangre y de los laboratorios tener un primer ELISA positivo. En el Norte del país tuvimos un primer ELISA positivo o dudoso, ya que se planteó como un confirmatorio y después no lo era. Creemos que el SIDA por la importancia que tiene y por la confidencialidad de la información -además, es lo que se hace en el resto del mundo- solamente debe ser notificado cuando es un positivo confirmado, como venía planteada la norma nacional, estableciendo los mecanismos y procedimientos que se deben cumplir.

Además, permite definir política de salud el hecho de centralizar la información y de establecer las obligaciones, los mecanismos de información en cuanto a cómo debe ser procesada y planteada para comunicar a la población, los eventos sanitarios básicos y la forma cómo van a ocurrir. De esta manera, se pueden ajustar los sistemas y las estructuras de salud a los eventos que tenemos en el país, a los efectos de no estar procesando información de dos o tres años atrás, lo que a veces no nos permite actuar en el tiempo debido.

Además, este Decreto tiene un anexo que forma parte de esta resolución, que agrega cómo debe ser diagnosticada cada enfermedad, cómo debe ser procesada y en qué situación debe haber puestos de vigilancia centinelas para ciertos eventos en el país con respecto a determinadas patologías, como es el caso de la influenza, del dengue -lo hemos empezado a hacer en alguna zona del litoral por la importancia que tiene la enfermedad- u otras enfermedades que se determinen por la situación epidemiológica del país.

SEÑORA POU.- He escuchado atentamente lo que nos han informado y parecería que hubiera diversidad de bocas de entrada de la información, lo que haría menos eficiente la reacción y el procedimiento. Pero si entiendo bien, este Decreto llevaría a una única vía de entrada, con un solo teléfono en todo el país.

SEÑOR ESTOL.- El país va a tener un único centro de vigilancia epidemiológica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Aquí se ha puesto énfasis también en temas medioambientales y nutricionales, que me parece que son en extremo relevantes y sobre los que -particularmente en cuanto a los medioambientales- el Ministerio de Salud Pública ha cumplido un escasísimo rol. En consecuencia, me parece muy bien que ahora se los incluya en el área de la salud pública. De todos modos, no me queda claro si los accidentes de tránsito también están incluidos, siendo que constituyen, sin duda, una de las problemáticas más relevantes de la salud.

SEÑOR ESTOL.- Están incluidos, así como los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Con denuncia obligatoria?

SEÑOR MINISTRO.- Todos ellos tienen denuncia obligatoria y están centralizados en el área de Vigilancia Epidemiológica, por lo que se termina aquello de que cada Programa requería para sí la notificación en su teléfono o fax individual. Ahora hay un solo teléfono con distintas líneas que funciona todos los días del año a toda hora, reitero, en Vigilancia Epidemiológica que es la que centraliza, a partir de ahora, la totalidad de la información sobre las enfermedades de este tipo.

SEÑORA POU.- Supongo que a partir de estas medidas tendrán pensada alguna política comunicacional, ya que de una primera impresión del Decreto surge que son muchos los actores nacionales que tendrán que saber qué hacer frente a cada situación. Precisamente, en esta larga historia se vio que no para todo el mundo "notificación" quiere decir lo mismo. Entonces quisiera saber, para que del papel se traslade esto prontamente a la realidad, si tienen pensado algún tipo de comunicación que ofrezca esa certeza.

SEÑOR ESTOL.- Como bien lo plantea la señora Senadora, lo importante acá es lo comunicacional, para que todos los sectores del país estén enterados del tema. Pero además, a través de todas las regionales de salud y en conjunto con todos los centros de ASSE, hemos trabajado, públicos y privados, en cursos de actualización de información. Al respecto, aprovecho la oportunidad para invitar a los señores Senadores para cuando culminemos el acondicionamiento de este espacio, porque creo que va a ser una herramienta muy importante para el país. Se trata de una sala amplia con técnico de guardia permanente, con teléfonos y computadoras procesando información en forma permanente. Cabe destacar que todo esto se hizo con los recursos humanos e infraestructura técnica de que ya disponíamos y que estaba dispersa en una cantidad de oficinas. Ello implicó que dejáramos de hacer funcionar ocho oficinas que teníamos en el Ministerio de Salud Pública para nuclear esas actividades en un solo ámbito que procese la información.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica.)

(Se reanuda la toma de la versión taquigráfica)

SEÑOR RIESGO.- Quiero hacer una pregunta vinculada con un aspecto mencionado por el doctor Estol en respuesta a una inquietud formulada por la señora Senadora Pou.

Cuando un sanatorio, cooperativa o dependencia de Salud Pública asigna un nuevo espacio físico para establecer allí un servicio de medicina altamente especializada directamente relacionado con el Fondo Nacional de Recursos, ¿quién habilita el local, el Ministerio o el propio Fondo Nacional de Recursos?

SEÑOR MINISTRO.- Eso lleva varios pasos, señor Senador. El Ministerio de Salud Pública habilita la planta física, el equipo técnico y el equipamiento con el que se va a trabajar. Lo que hace el Fondo Nacional de Recursos, luego de la habilitación que determina el Ministerio de Salud Pública, es conceder el pago de prestaciones, si es que entiende pertinente hacerlo, ya que en este aspecto tiene libertad. Por supuesto, la habilitación previa del Ministerio, en todo caso, es una condición ineludible. No obstante, hay instituciones que brindan servicios iguales o muy parecidos a los de un IMAE, contando con la habilitación del Ministerio, pero sin pertenecer al Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR RIESGO.- Podemos coincidir, entonces, en que el que habilita el espacio físico, el desempeño de los técnicos y el equipamiento es el Ministerio de Salud Pública, y el Fondo simplemente decide si paga o no, si contrata o no, sin discutir acerca de los otros aspectos mencionados y que corresponden al Ministerio. En caso de que el Ministerio autorice la habilitación del espacio físico, los técnicos y el equipamiento, el Fondo Nacional de Recursos sólo puede decidir si necesita o no una técnica y si está en condiciones o no de pagarla.

SEÑOR MINISTRO.- **En realidad, la situación no es exactamente así. El Ministerio trabaja en conjunto con el Fondo Nacional de Recursos, si bien es nuestra Cartera la que otorga o no la habilitación, la que establece sanciones o determina que se ajusten determinadas pautas de funcionamiento. Repito que se trabaja en forma conjunta con el Fondo. En lo personal, por haber sido Gerente de dicha institución, puedo asegurar que el Fondo ha ido tomando para sí algunas funciones de control permanente de los IMAE que ya están contratados.**

Esas funciones de contralor permanente implican comunicarse "on line" para saber quiénes son los equipos actuantes; es decir si los médicos son los que el IMAE declaró que iban a trabajar en dicha institución y si los procedimientos realizados siguen las pautas que se determinaron por contrato, así como los costos de esas instituciones. En ese sentido, el Fondo Nacional de Recursos, además del Ministerio de Salud Pública, permanentemente controla, por ejemplo, que el Director Técnico siga siendo el mismo, o de interiorizarse de quién se trata si se produce un cambio, al tiempo que verifica las credenciales para ocupar el cargo; también controla al equipo técnico actuante y los procedimientos que utiliza. En realidad se trata de un doble control en muchos casos y en la mayoría de las técnicas, aunque no se ha logrado extender a la totalidad de ellas; sí se lleva a cabo, por ejemplo, en cirugía cardíaca, en trasplantes, en prótesis de cadera y de rodilla y también en hemodiálisis.

SEÑORA XAVIER.- Supongo que el señor Ministro dará alguna explicación más porque, según tengo entendido hay recomendaciones que fueron elevadas a su jerarquía, por lo que debería dar su opinión. Por lo tanto, no sé si habrá nuevas preguntas.

SEÑOR MINISTRO.- Creo que valía la pena que los señores Senadores tuvieran conocimiento de este Decreto que está saliendo hoy -que viene a corregir cuarenta y dos años de normativa que no había cambiado desde 1961- a los efectos de las notificaciones de enfermedades transmisibles. Por fin hoy tenemos un Código nuevo, pero esto es complementado por algo que estamos empezando a instrumentar en este momento y es el primer relevamiento y censo de servicio de salud en todo el país. Es algo que nunca se hizo en el Ministerio de Salud Pública y queremos implementarlo lo más rápidamente posible. Vamos a hacer este relevamiento y censo a nivel nacional de todos los servicios de salud, es decir, laboratorios, clínicas de diagnóstico, imagenología, hogares de ancianos, además de las instituciones prestadoras de salud. Para ello ya contamos con el diseño del esquema de trabajo que vamos a utilizar y, por convenio con el INJU y concurso de oposición y méritos, seleccionaríamos a los equipos de estudiantes avanzados de medicina, arquitectura y ciencias económicas, que formando mini equipos de a tres, y en base a formularios prediseñados por la División Servicios de Salud, recorrerían los diversos servicios asistenciales de todo el país para darnos un primer relevamiento, que luego de procesado mostrará dónde están las mayores carencias. Allí entonces podremos mandar a los equipos inspectivos más fuertes y entrenados, a los efectos de inspeccionarlos, controlarlos y fiscalizarlos.

Me parece que todo se complementa con este otro hecho que nos entusiasma mucho, dado que no se hizo nunca.

SEÑORA POU.- No quería dejar pasar la ocasión -si bien no es el tema central- ya que el señor Ministro lo mencionó, de hablar de los hogares de ancianos. Así como hay que mencionar las cosas buenas, debo decir que la semana pasada tuve la oportunidad de estar en Rosario, en Nueva Helvecia y lógicamente puedo afirmar que Colonia es el lugar que uno elegiría si tuviera que ir a una de esas instituciones, aunque hay algunas otras en el país que también se destacan; hay que decirlo.

También hemos visitado algunas instituciones, por llamarlas de alguna manera, porque para serlo requieren muchas cosas y algunas no las reúnen. Realmente uno se avergüenza que los ancianos de nuestro país estén en malas condiciones. A su vez, hemos visitado algunas otras que están en un nivel intermedio, las cuales han tenido la visita de equipos del Ministerio de Salud Pública, donde se les exigen algunas cosas que no pueden cumplir ya que el esquema económico-financiero que tienen al día de hoy -más allá de que doy por descontado que tienen la voluntad de hacerlo- no se los permite. Quizás el propio Ministerio tenga que elaborar algún camino para actuar en consonancia y colaborar con los que realmente quieren. Creo que algunas no van admitir ni siquiera la primera inspección y van a tener que ser clausuradas. Pero en otros casos uno ve el espíritu que anima a la susodicha institución pero, evidentemente, el paso del tiempo y el deterioro hacen que no pueda cumplir con las exigencias del Ministerio de Salud Pública, las cuales son lógicas. Y como también me preocupa pensar dónde van a ir a dar todos esos ancianos si tenemos un cierre masivo de esas instituciones, creo que es un tema para tomar con pinzas. Considero que uno de los caminos -y perdón por la sugerencia- puede ser, precisamente, caminar juntos en ese renovar de algunas cosas que, evidentemente, se tienen que dar.

SEÑOR RISI.- Justamente mi personal en estos momentos está clausurando en el Chuy una casa de salud.

La dificultad que estamos teniendo con este tema es que la ley no nos permite movernos con una franja de ductilidad, la cual estamos llevando a cabo por vía administrativa sin tener claro las competencias. La ley que regula las casas de salud maneja dos establecimientos consagrados, es decir, las residencias y los hogares. El Decreto reglamento Nº 416/02 no amplía este tema y hay una figura, que es la de la inserción familiar, que no ha sido desarrollada en el país. Sin perjuicio de lo cual, como bien decía la señora Senadora Pou, en las inspecciones nosotros actuamos con la cautela de conocer aquellas instituciones en donde la dignidad del anciano, independientemente de las condiciones edilicias, se considere en ese lugar. Y esto está condicionado a la situación económica del anciano. Tenemos claro que esas casas de salud no van a ser ni van a poder ser nunca habilitadas; sería torpe pretender exigir esto. Pero tenemos la absoluta convicción técnica, humana y ética de que esas casas deben configurar un establecimiento que tenga un proceso distinto.

El señor Ministro tiene en estos momentos un decreto respecto de generar una figura de los albergues de ancianos. Dicha figura es una inserción familiar extendida a un concepto humano de la ancianidad; un concepto digno pero ajustado a condiciones económicas y estructurales para no caer en algo que no se desea, puesto que de lo sublime a lo ridículo hay un paso. Nos gusta fiscalizar pero tenemos claro que debemos lograr un espacio en donde hay un vacío legal. Si pensamos en nuestro respaldo -de no caer en la omisión de no cumplir con nuestras competencias- podríamos caer en una situación dramática en donde esos ancianos no podrían ser alojados en ningún otro lugar. Al respecto hemos trabajado con la gente del Banco de Previsión Social y su sector de ancianidad para que el Estado, en forma conjunta, comience a insertar estas figuras. Creo que es una cuenta que todavía tenemos pendiente.

SEÑOR PRESIDENTE.- La ley vigente fue presentada por quien habla y aprobada en la anterior Legislatura. Las definiciones de las categorías de hogares y de inserción familiar o de residencias, están enmarcadas de una manera muy genérica que habilita que se puedan generar otras formas que no están específicamente señaladas en la ley.

Por lo tanto, creo que el camino que están proponiendo las autoridades del Ministerio es el adecuado.

SEÑOR ESTOL.- En la misma línea de pensamiento que se acaba de exponer, quisiera agregar algo con respecto a la oposición al cierre de las casas de ancianos. Aclaro que he trabajado en ese tema, puesto que hace unos años colaboré con el estudio de la ley de 1998 o de 1999, en el Ministerio de Salud Pública, y pude ver que cuando se procedía a cerrar casas de ancianos que tenían condiciones infrahumanas, la propia familia se oponía a ello. En consecuencia, se trata de la socialización y del rol que el anciano debe desempeñar en la sociedad uruguaya. Como ya he dicho públicamente hablando del tema de los ancianos, creo que la crisis, si bien ha afectado al país en muchas cosas , ha revalorizado el papel de estas personas como un elemento de protección familiar. Hay familias en las que antes el anciano estaba segregado y en las que hoy en día ese anciano está encargado de cuidar a sus hijos y de cumplir un rol dentro de la casa.

Evidentemente, se trata de una cuestión respecto de la cual la sociedad uruguaya va a tener que reafirmar y repensar el papel que deben jugar las personas de la tercera edad y darles ese espacio.

SEÑOR PRESIDENTE.- De todas maneras, entendemos que esta Comisión puede ofrecer su disposición a revisar y modificar la ley vigente, ya que emanó del Senado. Además, hemos hecho alguna sugerencia por escrito al propio Ministerio a propósito de la integración de la Comisión Honoraria. En el momento en que redactamos la ley no existían organizaciones que agruparan a los propietarios de las casas de salud, y por ello pensamos que ahora habría que modificar la norma a los efectos de contemplar una opinión muy válida como es la de los interesados en explotar esas casas u hogares.

En consecuencia, en lo que me es personal -y creo interpretar el sentir de los demás miembros de la Comisión- quiero decir que estamos abiertos a que en este último año de la Legislatura se pueda modificar lo que ustedes entiendan conveniente.

SEÑOR RISI.- En el mes de enero presidí la primera sesión del año con la Comisión, y puedo decir que estamos intentando hacer algo bien fermental en lo que creemos es un camino realmente válido.

SEÑOR MINISTRO.- Para culminar, voy a informar qué es lo que hemos resuelto en cuanto al tema que nos ha convocado, dado que las recomendaciones y conclusiones que me elevó la División Servicios de Salud, a través de la Dirección General de la Salud, me han llevado a tomar la siguiente resolución:

"Vista la resolución de la Dirección General de la Salud;" -que he leído a esta Comisión- "Resultando que con fecha 16 de febrero la Dirección General de la Salud eleva a consideración del Ministro las conclusiones finales al respecto y que de las mismas surge que no puede precisarse con exactitud ni el momento ni las circunstancias en que el menor infectado sufrió la infección de VIH Sida que padece; que, no obstante, quedan aspectos a determinar referentes a la intervención que le cupo en el presente asunto al Programa Nacional de Sida, a la División Salud de la Población, a la División de Epidemiología y a la Dirección General de la Salud, y a la dilucidación de eventuales responsabilidades; Considerando lo dispuesto por los artículos 186 y siguientes y concordantes del Decreto Nº 500, en cuanto a la obligación que corresponde al jerarca de instrumentar los mecanismos necesarios tendientes al esclarecimiento de responsabilidades en el ámbito administrativo; Atento a lo precedentemente expuesto, el Ministro de Salud Pública resuelve: que se amplíe esta investigación lo más rápidamente posible" -que no se cierre todavía- "decretada por la Dirección General de la Salud en el ejercicio de atribuciones delegadas con fecha 8 de setiembre de 2003, tendiente a esclarecer los hechos denunciados en las referencias" "con la finalidad de determinar las responsabilidades administrativas e individualización de responsables, si así surgiere, en la Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Sida, División Salud de la Población y División de Epidemiología", y que cambie quien hace la instrucción.

Debe cambiar el que hace la instrucción, porque si vamos a investigar personas de la Dirección General de la Salud, no parece adecuado que sean de esta misma Dirección los que hagan la investigación. Por tanto, "desígnese como instructor a estos efectos al abogado de la División Jurídico Notarial dependiente de la Dirección Nacional de Secretaría, doctor Sebastián Costa Bueno. Notifíquese y comuníquese".

Hay que progresar en esto y deslindar las responsabilidades reales que han existido. Sinceramente, no son fáciles de determinar. Además, en muchos casos se trata de profesionales competentes que han tenido una actuación que uno valora en toda su dimensión. Incluso, a algunos de ellos los conozco desde hace cuarenta años y sé de su calidad técnica y de su preocupación por todos estos temas, pero cuando hay que ser responsable, hay que ser responsable.

En consecuencia, no me extrañaría que al terminar esta investigación tuviéramos que realizar algún sumario que dirá, en definitiva, cuál es la verdadera responsabilidad.

Nada más, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Deseo hacer una última pregunta al señor Ministro.

De las recomendaciones y conclusiones de esta prolongada e importante investigación no surge que los resultados de la misma puedan afectar funcionalmente al Sanatorio Mautone ni al Instituto de Cardiología Infantil, pero como no ha sido expresado explícitamente y me importa que quede en actas, pregunto si más allá de la responsabilidad que los Directores pudiesen tener por la falta de comunicación de enfermedades, esto puede afectar de alguna manera el funcionamiento de estas dos instituciones.

SEÑOR MINISTRO.- Yo creo que no, señor Presidente; que no hay ningún elemento que nos haga pensar que puede afectar el funcionamiento de ninguna de las dos instituciones como tales. No hemos podido demostrar cómo se ha producido el contagio. Nosotros vamos a tomar la medida, con sus Directores técnicos, de que la Comisión Honoraria de Salud Pública diga cuál ha sido su actuación profesional. No soy yo el que tiene que juzgar ese tipo de acciones; por suerte están claramente determinadas las responsabilidades en ese sentido. Las instituciones seguirán su marcha y su camino con las advertencias o con las observaciones en estos aspectos que fueron mencionados pero que no hacen a la vida misma de ellas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho al señor Ministro y a sus asesores por esta comparecencia y por la información brindada.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 43 minutos)